

COMMENT JE TRAITE ... une hidradénite suppurée

C. DEVILLERS (1), C. PIÉRARD-FRANCHIMONT (2, 3), G.E. PIÉRARD (4)

RÉSUMÉ : L'hidradénite suppurée est une pathologie inflammatoire chronique et débilatante. Elle se présente comme un ensemble d'abcès récidivants, de fistules et de cicatrices. La maladie se développe habituellement dans les aisselles et les creux inguinaux, et plus rarement sur les seins, le périnée et les fesses. Il existe plusieurs mythes qui entourent l'hidradénite suppurée, y compris son origine et ses pathomécanismes. Quelques antibiotiques, ainsi que les corticostéroïdes et d'autres immunosuppresseurs, sont peu efficaces dans cette maladie rebelle. En revanche, les antagonistes du TNF- α apparaissent très prometteurs. La chirurgie large est une autre option radicale.

MOTS-CLÉS : Acné - Glande apocrine - Antibiotique - Immunosuppresseur - Agent anti-TNF- α

DES BOBARDS À LA RÉALITÉ

Le diagnostic d'hidradénite suppurée peut être posé cliniquement sans difficulté majeure. La tradition a fait croire à l'implication directe des glandes sudoripares apocrines et à un processus infectieux. Rien n'est moins vrai (1). D'autres mythes associent cette affection au diabète, à une hygiène déficiente et à l'usage de déodorants et d'agents chimiques dépilatoires. Toutes ces allégations ne reposent sur aucune évidence (2).

Il est aujourd'hui évident que l'hidradénite suppurée est une dénomination inappropriée, de même que ses synonymes acné nodulo-kystique ou acné conglobata inversée. L'éponyme «maladie de Verneuil» lui est également appliqué. Il s'agit d'une dermatose chronique purulente, abcédée et fistulisée donnant lieu à des cicatrices. Elle atteint des territoires cutanés principalement circonscrits aux aisselles (Fig. 1) et à la région ano-génitale. Plus rarement, l'atteinte s'étend sur le pubis, la ligne médio-abdominale sous-ombilicale, la zone inter mammaire et périoréolaire, ainsi que la région rétro-auriculaire et la nuque.

Il est admis que cette dermatose résulte d'une occlusion des canaux pilaires dans lesquels s'abouchent les canaux d'excrétion de glandes apocrines (3-5). Dans cette pathologie, le follicule pileux se rompt habituellement et donne

HOW I TREAT ... HIDRADENITIS SUPPURATIVA

SUMMARY : Hidradenitis suppurativa is a chronic and debilitating inflammatory disease. It presents as recurrent abscesses, sinus tracts and scarring. The condition usually develops in the axillae and groins, and more rarely involves the breasts, perineum and buttocks. There are many myths around hidradenitis suppurativa including its origin and pathomechanisms. Some antibiotics as well as corticosteroids and other immune downregulators are poorly effective in this stubborn condition. By contrast, TNF- α antagonists appear promising. Radical surgery is another effective option.

KEYWORDS : Apocrine gland - Acne - Antibiotic - Immunosuppressive agent - Anti-TNF- α agent

lieu à une réaction inflammatoire xénique. Les abcès ainsi formés sont profonds et arrondis, sans partie centrale surélevée ou d'allure nécrotique contrairement à la furonculose staphylococcique. Quelques-unes de ces lésions peuvent régresser dans les cas mineurs, mais généralement, elles progressent inexorablement. De nouvelles lésions se développent au voisinage. Une atteinte secondaire des glandes apocrines est possible. Des trajets fistuleux se forment et évacuent les masses abcédées. Des foyers cicatriciels cloisonnent les tissus dermo-épidermiques. Des comédons parsèment la zone atteinte.

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'hidradénite suppurée atteint 0,3 à 4% de la population (6, 7). Les femmes sont 2 à 5 fois plus fréquemment atteintes que les hommes (7, 8). L'affection débute toujours après la puberté et touche préférentiellement l'adulte jeune, souvent en surpoids ou obèse (9), bien qu'il s'agisse d'un facteur d'exacerbation plutôt que d'un facteur causal. Cette situation, au niveau des



Figure 1. Hidradénite suppurée.

(1) Assistant clinique, (2) Dermatologue, Chef de Service, Service de Dermatologie, CHR hutois.

(3) Chargé de Cours adjoint, Chef de Laboratoire, (4) Chargé de Cours, Chef de Service, Service de Dermatopathologie, CHU de Liège.

zones de frottement dans les plis, serait responsable de forces de cisaillement dans le derme. Un hirsutisme n'est pas rare (2). Ainsi, des facteurs génétiques et endocriniens pourraient être contributifs dans cette pathologie. La transmission se ferait sur le mode autosomique dominant (10). Les fumeurs seraient plus susceptibles de développer cette affection (11).

TRAITEMENT MÉDICAL TRADITIONNEL

Peu d'arguments existent prouvant l'utilité de quelques traitements médicamenteux dans l'hidradénite suppurée. Les traitements antibiotiques topiques ou systémiques utilisés dans l'acné peuvent être efficaces de manière transitoire à des doses élevées, et ne garantissent pas une absence de récurrence dès l'arrêt du traitement (3, 5, 12, 13).

L'isotrétinoïne et les antiandrogènes n'apportent pas une amélioration reproductible (5, 14).

La corticothérapie intralésionnelle induit des effets anti-inflammatoires bénéfiques initiaux, mais la récurrence apparaît plus difficile à contrôler (2). La ciclosporine a été utilisée de manière anecdotique pour la même indication.

TRAITEMENT MÉDICAL PAR ANTICORPS ANTI-TNF- α

Récemment, les traitements anti-TNF- α ont été testés avec succès dans l'hidradénite suppurée (15-20). L'adalimumab, l'etanercept et l'infliximab sont très prometteurs. Cependant, cette indication n'est pas admise à un remboursement par l'INAMI.

Un résultat favorable est habituellement rapporté suite à un traitement d'attaque en monothérapie suivi ou non d'un traitement d'entretien qui peut être mensuel. La tolérance est rapportée être bonne. Cependant, divers effets indésirables classiquement associés aux antagonistes du TNF- α sont possibles. Parmi eux, des infections virales incluent l'herpès, le zona et le molluscum contagiosum.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Hormis les traitements par anticorps anti-TNF- α , la chirurgie s'avère nettement supérieure en efficacité à tous les traitements médicamenteux traditionnels (21). C'est l'étendue de l'excision qui réduit le plus le risque de récurrence (22, 23). De fait, la simple incision et le drainage, ainsi que l'excision limitée n'empêchent pas l'évolution de la maladie (24). En revanche, l'excision radicale suivie d'une cicatrisation par seconde

intention s'avère être la modalité apportant le meilleur bénéfice à long terme (2, 21, 25). Une couverture par lambeau cutané peut également être envisagée.

CONCLUSION

L'hidradénite suppurée est une affection chronique débilatante qui nécessite des soins continus ou une chirurgie large. Si le diagnostic n'est pas posé ou si le traitement est inadéquat, la maladie a des répercussions importantes sur la qualité de vie et l'estime de soi.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mortimer PS, Lunniss PJ.— Hidradenitis suppurativa. *J R Soc Med*, 2000, **93**, 420-422.
2. Slade DEM, Powell BW, Mortimer PS.— Hidradenitis suppurativa : pathogenesis and management. *Br Ass Plast Surg*, 2003, **56**, 451-461.
3. Yu CCW, Cook MG.— Hidradenitis suppurativa : disease of follicular epithelium, rather than apocrine glands. *Br J Dermatol*, 1990, **12**, 763-769.
4. Attanoos RL, Appleton MAC, Douglas-Jones AG.— The pathogenesis of hidradenitis suppurativa : a closer look at apocrine and apoeccrine glands. *Br J Dermatol*, 1995, **133**, 254-258.
5. Wiseman MC.— Hidradenitis suppurativa : a review. *Dermatol Ther*, 2004, **17**, 50-54.
6. Fitzsimmons JS, Gulebert PR.— Evidence of genetic factors in hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*, 1985, **113**, 1-8.
7. Jemec GBE, Heidenheim M, Nielsen NH.— The prevalence of hidradenitis suppurativa and its potential precursor lesions. *J Am Acad Dermatol*, 1996, **35**, 191-194.
8. Barth JH, Layton AM, Cunliffe WJ.— Endocrine factors in pre- and postmenopausal women with hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*, 1996, **134**, 1057-1059.
9. Kurzen H, Kurokawa I, Jemec GBE, et al.— What causes hidradenitis suppurativa ? *Exp Dermatol*, 2008, **17**, 455-472.
10. Der Werth JM, Williams HC, Raeburn JA.— The clinical genetics of hidradenitis suppurativa revisited. *Br J Dermatol*, 2000, **142**, 947-953.
11. König A, Lehmann C, Rompel R, Happle R.— Cigarette smoking as a triggering factor of hidradenitis suppurativa. *Dermatology*, 1999, **198**, 261-264.
12. Jemec GBE, Wenelboe P.— Topical clindamycin versus systemic tetracycline in the treatment of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*, 1998, **39**, 971-974.
13. Krbec AC.— Current understanding and management of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Nurse Practit*, 2007, **19**, 228-234.
14. Soria A, Canoui-Poitaine F, Wolkenstein P, et al.— Absence of efficacy of oral isotretinoin in hidradenitis suppurativa : a retrospective study based on patient's outcome assessment. *Dermatology*, 2008, Epub, Dec 5.

15. Cusack C, Buckley C.— Etanercept : effective in the management of hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*, 2006, **154**, 726-729.
16. Moul DK, Korman NJ.— Severe hidradenitis suppurativa treated with adalimumab. *Arch Dermatol*, 2006, **142**, 1110-1112.
17. Henderson RL.— Treatment of atypical hidradenitis suppurativa with the tumor necrosis factor receptor-FC fusion protein etanercept. *Drugs Dermatol*, 2006, **5**, 1010-1011.
18. Fernandez-Vozmediano JM, Armario-Hita JC.— Infliximab for the treatment of hidradenitis suppurativa. *Dermatology*, 2007, **215**, 41-44.
19. Giamarellos-Bourboulis EJ, Pelekanou E, Antonopoulou A, et al.— An open-label phase II study of the safety and efficacy of etanercept for the therapy of hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*, 2008, **158**, 567-572.
20. Mekkes JR, Bos JD.— Long-term efficacy of a single course of infliximab in hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*, 2008, **158**, 370-374.
21. Banerjee AK.— Surgical treatment of hidradenitis suppurativa. *Br J Surg*, 1992, **79**, 863-866.
22. Rompel R, Petres J.— Long-term results of wide surgical excision in 106 patients with hidradenitis suppurativa. *Dermatol Surg*, 2000, **26**, 638-643.
23. Soldin MG, Tulley P, Kaplan H, et al.— Chronic axillary hidradenitis, the efficacy of wide excision and flap coverage. *Br J Plast Surg*, 2000, **53**, 434-436.
24. Jemec GBE.— Effect of localized surgical excisions in hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*, 1988, **18**, 1103-1107.
25. Morgan WP, Harding KG, Hughes LE.— A comparison of skin grafting and healing by granulation, following axillary excision for hidradenitis suppurativa. *Ann R Coll Surg Engl*, 1983, **65**, 235-236.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au
Pr. G.E. Piérard, Service de Dermatopathologie, CHU
de Liège, 4000 Liège, Belgique
E-mail : gerald.pierard@ulg.ac.be